



REVISTA DA ANINTER-SH
Volume 2, 2025 – Artigo: 09
ISSN: 2965-954X
Received: 22/11/2025
Accepted: 17/12/2025

D.O.I. <http://dx.doi.org/10.69817/2965-954X/v2a9>

ANÁLISE HISTÓRICO-CRÍTICA DE 1910 A 1988 DA EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL¹

HISTORICAL-CRITICAL ANALYSIS FROM 1910 TO 1988 OF THE EVOLUTION OF PUBLIC POLICIES ON WOMEN'S HEALTH IN BRAZIL

Heitor Crispim Motta

Especialização em Direito Público, Gran Centro Universitário, Paraná, 2024

Aluno especial - Cognição e Linguagem UENF – Universidade Estadual Norte Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, 2026.

heitorcmotta@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4344-0298>

Dene Kátia Castro Colares Ramos

Especialização em Direito Processual Civil, Faculdade IBMEC São Paulo, Instituto Damásio de Direito, 2020.

Aluno especial - Cognição e Linguagem UENF – Universidade Estadual Norte Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, 2026.

denekcolaresramos@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9925-0693>

Heloisa Landim Gomes

Mestre em Cognição e Linguagem UENF – Universidade Estadual Norte Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, 2021.

Doutoranda em Cognição e Linguagem UENF – Universidade Estadual Norte Fluminense, Campos dos Goytacazes, RJ, 2026.

landim.hl08@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2837-9879>

Valtair Affonso Miranda

Doutorado em História Comparada, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2017.

valtairmirando@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4556-2253>

¹ Este trabalho foi apresentado durante o XIV CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR EM SOCIAIS E HUMANIDADES – CONINTER, no Grupo de Trabalho **GT 15 - Gênero, Violências, Cultura – Interseccionalidade e(m) Direitos Humanos** e foi selecionado pela Coordenação para publicação na Revista da ANINTER_SH.

Rosalee Crespo Istoé

Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

rosaleeistoe@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8959-9280>

RESUMO

Este trabalho apresenta uma análise histórico-crítica da evolução das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil, no período de 1910 a 1988. O estudo parte da perspectiva da interseccionalidade e da biopolítica para compreender como as relações de poder, o discurso biomédico e as estruturas patriarcais moldaram a trajetória dessas políticas, privilegiando o enfoque materno-infantil em detrimento da saúde integral feminina. A metodologia utilizada foi uma revisão documental e bibliográfica crítica, baseada em fontes primárias, legislações, documentos oficiais e literatura acadêmica especializada. Como resultado, evidenciou-se que as políticas públicas de saúde da mulher operaram historicamente sob uma lógica reducionista, medicalizante, assistencialista e moralizante, reforçando desigualdades sociais, raciais e de gênero. A discussão aponta que a institucionalização das demandas feministas, especialmente no contexto da redemocratização e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), representou um marco civilizatório no reconhecimento da saúde da mulher como um direito humano integral. Conclui-se que a superação das barreiras estruturais exige políticas interseccionais, participativas e emancipadoras que transcendam o modelo biomédico, incorporando dimensões sociais, culturais e territoriais às práticas de cuidado.

Palavras-chave: saúde da mulher, biopoder, interseccionalidade.

ABSTRACT

This study presents a historical-critical analysis of the evolution of public health policies for women in Brazil from 1910 to 1988. The research adopts the lenses of intersectionality and biopolitics to examine how power relations, biomedical discourse, and patriarchal structures shaped these policies, prioritizing a maternal-infant approach at the expense of comprehensive women's health. The methodology employed was a critical documental and bibliographic review, analyzing primary sources, legislation, official documents, and specialized academic literature. The results demonstrate that public health policies for women historically operated under a reductionist, medicalized, assistentialist, and moralizing logic, reinforcing social, racial, and gender inequalities. The discussion highlights that the institutionalization of feminist demands, particularly during the democratization process and the creation of the Unified Health System (SUS), represented a civilizational milestone in recognizing women's health as a fundamental human right. It is concluded that overcoming structural barriers requires intersectional, participatory, and emancipatory policies that move beyond the biomedical model, incorporating social, cultural, and territorial dimensions into healthcare practices.

Keywords: women's health, biopower, intersectionality.

1. INTRODUÇÃO

A construção das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil revela um percurso histórico profundamente atravessado por relações de poder, disputas discursivas e invisibilizações estruturais que marcaram a trajetória dessa agenda enquanto política pública setorial. Desde o início do século XX, especialmente a partir da Primeira República, o corpo feminino foi alvo de práticas de controle e normatização que, ancoradas em discursos médico-sanitários, reforçaram um modelo reducionista de saúde, centrado na reprodução e na maternidade compulsória.

Nesse sentido, de acordo com Pierobon de Ávila *et al.* (2020), o histórico das políticas públicas no Brasil evidencia que as mulheres enfrentaram diversas dificuldades para acessar tanto a educação

formal quanto os serviços de saúde. Esse cenário foi particularmente evidente nas primeiras décadas do século XX, período em que suas necessidades eram frequentemente negligenciadas pelo poder público. Durante esse período, o acesso à educação era limitado e permeado por estereótipos de gênero que restringiam as mulheres a funções domésticas, reforçando uma divisão social do trabalho baseada na naturalização do papel feminino como cuidadora e reprodutora. Consequentemente, a saúde da mulher era majoritariamente tratada sob uma ótica biomédica centrada na reprodução, sem considerar suas demandas integrais em saúde física, mental, sexual e social.

Para compreender essas dinâmicas, o aporte teórico de Michel Foucault (2008) é central, sobretudo por meio do conceito de biopoder, entendido como o conjunto de estratégias pelas quais o Estado e instituições normativas passaram a gerir e regular a vida das populações, especialmente os corpos considerados desviantes ou improdutivos. No caso das mulheres, o biopoder se manifesta pela medicalização da sexualidade, pela institucionalização da maternidade compulsória e pela exclusão das subjetividades femininas que escapam aos modelos normativos de saúde e reprodução. Trata-se de um poder que não atua apenas pela repressão, mas por meio de dispositivos disciplinares e saberes científicos que constroem regimes de verdade sobre o que é ser mulher, saudável, produtiva ou normal.

Em diálogo com essa perspectiva, Pierre Bourdieu (2014) contribui com a noção de violência simbólica, forma invisível e legitimada de dominação que se inscreve nas estruturas sociais e é naturalizada pelos próprios dominados. No campo da saúde, essa violência opera ao impor uma concepção biomédica hegemônica que desvaloriza outras experiências corporais e sociais das mulheres — especialmente das mulheres negras, pobres, indígenas e envelhecidas — como se fossem menos legítimas ou menos prioritárias. Além disso, os *habitus* profissionais do campo médico e a estrutura do campo da saúde pública contribuem para a reprodução dessas desigualdades simbólicas, legitimando uma visão reducionista da saúde da mulher.

Esse panorama contribuiu para a construção das políticas públicas de saúde da mulher como uma questão prioritariamente biológica, descolada de suas determinantes sociais, culturais e políticas (Bahia, 2025; Simões)

O objetivo deste estudo é analisar criticamente as políticas públicas de saúde da mulher no Brasil entre a década de 1910 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, com ênfase nas diretrizes institucionais, nas ações governamentais e nos marcos legais que influenciaram o reconhecimento e a efetivação dos direitos à saúde da mulher, bem como nas limitações e avanços observados no acesso aos serviços de saúde durante esse período. Para tanto, propõe-se uma análise histórico-crítica que articule as fases de desenvolvimento dessas políticas com as relações de poder que as atravessaram. Ao adotar o referencial teórico da interseccionalidade, articulado às contribuições do biopoder foucaultiano e da violência simbólica bourdieusiana (Carinhanha, 2024), busca-se compreender como o Estado, aliado a setores da classe médica, da religião e do patriarcado, produziu exclusões, estigmas e omissões na formulação dessas políticas, dificultando o acesso integral das mulheres à saúde em sua dimensão ampla, social e emancipadora.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. O CONTROLE DOS CORPOS FEMININOS ENTRE 1910 E 1930

A construção das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil revela um percurso histórico profundamente atravessado por relações de poder, disputas discursivas e invisibilizações estruturais que marcaram a trajetória dessa agenda enquanto política pública setorial. Durante a Primeira República brasileira (1889–1930), observa-se a consolidação de um regime discursivo centrado na racionalidade científica e na ordem higienista, no qual o corpo — sobretudo o corpo feminino — passa a ser objeto de intervenções sistemáticas por parte do Estado, da medicina e das ciências sociais. Esse processo está em consonância com o que Michel Foucault, em *História da Sexualidade: A Vontade de Saber* (Foucault, 2010), denomina biopoder: uma forma de poder que se volta à administração da vida, por meio de práticas disciplinares e reguladoras que se pretendem neutras, técnicas e salvadoras.

Desde o início do século XX, especialmente a partir da Primeira República, o corpo feminino foi alvo de práticas de controle e normatização que, ancoradas em discursos médico-sanitários, reforçaram um modelo reducionista de saúde, centrado na reprodução e na maternidade compulsória. Como indicam Foucault (2010) e Bourdieu (2014), o poder sobre os corpos, especialmente os femininos, não se dá apenas de forma repressiva, mas por meio de dispositivos normativos que legitimam práticas biomédicas e políticas de governo biopolítico, capazes de instituir regimes de verdade sobre o que é considerado saúde ou doença.

A construção histórica das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil remonta a um contexto marcado pelas bases do higienismo e do pensamento eugenista, fortemente influenciados pelos discursos biomédicos e pelas elites sanitárias do período.

Essa configuração inicial evidencia como o acesso das mulheres aos serviços públicos de saúde era profundamente excludente, direcionado majoritariamente às mulheres brancas urbanas, enquanto as mulheres negras, indígenas e de classes populares encontravam-se à margem das práticas institucionais, tendo seus saberes e práticas tradicionais, como o parto domiciliar e o uso de ervas medicinais, deslegitimados pelo saber médico oficial (Tavares, 2024).

Esse panorama evidencia como, desde suas origens, as políticas públicas de saúde no Brasil foram concebidas não apenas como instrumentos de cuidado, mas como dispositivos de regulação social e moral, ancorados em uma concepção biopolítica do corpo feminino (Foucault, 2021). O corpo da mulher, sobretudo da mulher pobre e negra, foi historicamente construído como território de intervenção estatal, sendo disciplinado sob uma perspectiva que visava a manutenção da ordem social e da higienização dos espaços urbanos, em consonância com a ideologia civilizatória da época. O papel feminino era restrito, até a década de 1960, às atividades domésticas e parturitivas (Costa, 2012).

A medicalização da saúde da mulher, nesse contexto, reforçou a subordinação de seus corpos às normas institucionais do Estado e da medicina oficial, negando-lhes autonomia e invisibilizando outras demandas relacionadas à saúde integral e às condições sociais determinantes do adoecimento (Tavares, 2024). Esse cenário permitiu a consolidação de um modelo de políticas públicas fragmentado que não reconhecia as doenças crônicas como um marcador de desigualdade social, naturalizando o sofrimento das mulheres e desresponsabilizando o Estado de promover políticas preventivas e de promoção da saúde integral (Bahia, 2025). Assim, compreende-se que, no período de 1910 a 1930, a saúde da mulher foi politicamente instrumentalizada, sendo alocada como ferramenta de controle social e populacional, em um contexto de apagamento de suas múltiplas demandas e identidades.

Ademais, as políticas sanitárias vigentes demonstravam um viés discriminatório, uma vez que o acesso aos serviços de saúde permanecia restrito e profundamente marcado por desigualdades sociais, raciais e territoriais. Mulheres negras, pobres e moradoras de periferias urbanas eram frequentemente invisibilizadas pelas práticas e estruturas do sistema de saúde (Moruzzi, 2025). Esse cenário evidencia o descompasso entre as normativas internacionais de direitos humanos e saúde reprodutiva e a realidade concreta das políticas públicas brasileiras (Henriques, 2022; Vieira, 2023).

O movimento de urbanização e industrialização que se intensificaria nas décadas seguintes viria a modificar gradativamente esse quadro, sobretudo com a ascensão do ideário desenvolvimentista e o reconhecimento, ainda que limitado, da necessidade de ampliar a proteção social à população trabalhadora. As primeiras iniciativas institucionais nesse sentido, como os serviços de puericultura e higiene infantil, embora focadas nas crianças, abriram caminho para um olhar mais estruturado sobre a saúde da mulher como questão pública (Brasil, 2004).

Nesse contexto, nos anos de 1930, com a Com a Reforma Francisco Campos, houve uma ampliação significativa da educação formal feminina, o que possibilitou uma maior participação das mulheres no ensino superior e, conseqüentemente, sua inserção no mercado de trabalho (Brasil, 2008). Esse avanço educacional refletiu diretamente na saúde da população feminina, uma vez que a escolaridade é reconhecida como um dos determinantes sociais mais importantes para a melhoria das condições de saúde. Além de favorecer o acesso ao ensino superior, a abertura proporcionada pela Reforma Francisco Campos contribuiu para a transformação das estruturas sociais e culturais que, até então, limitavam o papel da mulher ao ambiente doméstico.

Com a elevação dos níveis de escolaridade, as mulheres passaram a ter maior autonomia econômica, acesso a profissões qualificadas e capacidade de participar mais ativamente dos processos decisórios em diferentes esferas da sociedade. Essas mudanças também impactaram positivamente indicadores de saúde, uma vez que mulheres mais escolarizadas tendem a adotar comportamentos preventivos, ter maior acesso a serviços de saúde, planejar suas famílias de maneira mais segura e consciente, além de exercer influência na melhoria das condições de vida de suas comunidades. Assim, o avanço educacional feminino, iniciado a partir dessa reforma, não apenas ampliou horizontes individuais, mas também produziu efeitos duradouros no desenvolvimento social e na equidade de gênero.

Dessa forma, observa-se que, entre 1910 e 1930, as políticas públicas de saúde da mulher no Brasil foram instituídas como dispositivos de regulação social que submeteram os corpos femininos a um modelo biomédico, moralizante e patriarcal. Amparadas pelo biopoder (Foucault, 1979) e legitimadas por formas de violência simbólica (Bourdieu, 2014), essas políticas reforçaram uma lógica de exclusão que privilegiava mulheres brancas urbanas e marginalizava saberes populares, especialmente de mulheres negras e indígenas (Tavares, 2024). Com isso, consolidou-se um modelo de cuidado seletivo, excludente e hierarquizado, em descompasso com o direito à saúde integral e com as demandas reais da população feminina (Bahia, 2025; Moruzzi, 2025; Henriques, 2022; Vieira, 2023).

2.2. CORPOS FEMININOS SOB O ESTADO INDUSTRIAL NAS DÉCADAS DE 1940 E 1950

Entre as décadas de 1940 e 1950, o contexto político brasileiro foi marcado por um processo de modernização autoritário, no qual o Estado assumiu um papel centralizador na organização das políticas públicas, consolidando o modelo desenvolvimentista e reforçando dispositivos disciplinares sobre os corpos, especialmente o corpo feminino. A partir da ótica de Foucault (2021), compreende-se que esse período foi atravessado por práticas de governamentalidade sobre o corpo, que intensificaram o controle estatal sobre a população, utilizando o discurso biomédico como instrumento de normatização social e regulação da sexualidade. Segundo Foucault (1979), o período evidencia um aprofundamento das tecnologias de poder sobre o corpo feminino, com a intensificação da governamentalidade sanitária, na qual o Estado, a medicina e a Igreja atuavam de forma articulada na normatização dos comportamentos femininos, impondo modelos de conduta sexual, materna e doméstica que reforçavam o ideal de mulher submissa, disciplinada e voltada à reprodução.

O Brasil vivenciou um intenso processo de industrialização e urbanização, entre os anos de 1940 e 1950, consolidando um modelo de desenvolvimento nacionalista e autoritário, ancorado na ideologia do progresso econômico e na modernização das estruturas produtivas. Sob a liderança de Getúlio Vargas, especialmente no período do Estado Novo (1937-1945) e seus desdobramentos posteriores, o discurso desenvolvimentista foi apropriado como projeto de construção do Estado-nação, no qual a saúde pública assumiu papel estratégico enquanto instrumento de controle social e de ordenação da força de trabalho (Rohden, 2000).

Nesse cenário, a saúde da mulher foi incorporada à agenda pública sob uma perspectiva funcionalista, associada à reprodução biológica e à manutenção da força de trabalho necessária para sustentar o projeto industrial brasileiro (Bahia, 2025). A mulher, sobretudo a mulher pobre, negra e periférica, foi alocada como sujeito passivo das políticas de saúde, reduzida ao papel de mãe, cuidadora e agente reprodutora da população economicamente ativa (Tavares, 2024).

No contexto da expansão urbana e industrial, as mulheres foram gradativamente incorporadas ao mercado de trabalho, ainda que de forma precarizada e subordinada, principalmente nos setores têxtil, alimentício e do trabalho doméstico. Contudo, essa inserção não foi acompanhada por políticas públicas que reconhecessem suas necessidades específicas de saúde, perpetuando a ausência de uma abordagem integral, interseccional e emancipadora (Simões, 2025).

A ótica desenvolvimentista, ao priorizar a produtividade econômica e a modernização do país, negligenciou as demandas sociais mais complexas, como a saúde integral da mulher, reproduzindo políticas fragmentadas, medicalizadas e centradas no corpo reprodutor, em consonância com as normas morais cristãs e os interesses do Estado autoritário (Foucault, 2008). Assim, mesmo diante da ampliação dos serviços públicos de saúde e da estruturação do Ministério da Saúde (1953), as políticas voltadas à saúde da mulher mantiveram-se restritas ao enfoque materno-infantil, apagando outras dimensões da saúde feminina, como o cuidado preventivo, a saúde mental, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e as questões associadas às desigualdades raciais, sociais e territoriais (Bahia, 2025).

Essa correlação entre desenvolvimento econômico, saúde pública e regulação dos corpos femininos explicita como, sob a lógica desenvolvimentista, as políticas públicas reforçaram as relações de poder patriarcais e capitalistas, naturalizando o sofrimento das mulheres como um custo necessário ao progresso e ao projeto de nação moderna e industrializada (Bourdieu, 2014). O corpo da mulher, nesse contexto, foi disciplinado como território estratégico da política populacional, consolidando-se como alvo preferencial das intervenções sanitárias e das campanhas de controle de natalidade, especialmente entre as mulheres pobres e racializadas (Davis, 2019).

Nesse sentido, a medicalização da sociedade contribuiu para que o parto, que passava a migrar progressivamente para o ambiente hospitalar, simbolizava não apenas uma transformação técnica, mas sobretudo uma forma de captura do corpo feminino pelos dispositivos institucionais do Estado com a finalidade de mecanismos disciplinares (Foucault, 1979). A medicalização do corpo feminino, portanto, não se restringia ao âmbito clínico, mas constituía uma tecnologia de poder sobre a vida a serviço da manutenção das estruturas sociais patriarcais, raciais e classistas, como analisa Bourdieu (2014) em sua teoria do poder simbólico e da violência simbólica.

Conforme Bourdieu (2014), as estruturas simbólicas de dominação operaram de modo a reforçar a naturalização da função reprodutiva feminina, legitimando, por meio do capital simbólico médico, práticas que subordinavam as mulheres às normas patriarcais e higienistas, a saúde da mulher nesse período foi atravessada por processos de violência simbólica, onde as estruturas de poder legitimavam um *habitus* feminino subordinado, naturalizando práticas discriminatórias que excluíam as mulheres negras, indígenas e das classes populares do acesso digno aos serviços de saúde.

Assim, observa-se que, no Brasil das décadas de 1940 e 1950, as políticas públicas de saúde da mulher operaram sob uma lógica conservadora e disciplinadora, marcada pela invisibilização das desigualdades sociais e de gênero, reforçando a exclusão histórica das mulheres dos espaços de participação política e cidadania plena (Tavares, 2024). Tal cenário fortaleceu um modelo de cuidado fragmentado, assistencialista e profundamente marcado pelas relações patriarcais, raciais e classistas, características que se perpetuariam ao longo das décadas seguintes, dificultando a construção de políticas de saúde da mulher baseadas na equidade, na autonomia e nos direitos humanos (Bahia, 2025).

Sob a perspectiva de Foucault (2021), tal cenário evidencia o aprofundamento das tecnologias

de governo sobre os corpos, em que o poder se exerce por meio de estratégias de normatização da vida, disciplinando condutas, sexualidades e corpos femininos. A governamentalidade, no contexto do Estado desenvolvimentista brasileiro, operava através da medicina social, da educação moral cristã e das políticas de saúde pública, conformando a mulher como corpo dócil, útil e produtivo para os projetos de modernização nacional (Foucault, 2021).

Contudo, a criação do Ministério da Saúde em 1953, como marco institucional importante na organização do sistema sanitário brasileiro, suas políticas iniciais refletiram uma concepção limitada e conservadora, alinhada ao modelo desenvolvimentista que predominava no período. O Ministério nasceu sob forte influência dos organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), tendo como foco primordial o combate às grandes endemias, a redução da mortalidade infantil e o controle de doenças transmissíveis (Vianna; Costa, 1991). Nesse cenário, a saúde da mulher continuou inserida no escopo da saúde materno-infantil, reforçando práticas higienistas e medicalizantes, com ênfase no controle da natalidade via políticas indiretas, como campanhas de vacinação, controle da tuberculose e incentivo ao aleitamento materno (Vilella; Almeida, 2009).

O papel desempenhado pelo Ministério da Saúde na saúde da mulher limitava-se, portanto, à promoção de programas assistencialistas que visavam à proteção da maternidade e da infância, relegando as questões de saúde sexual e reprodutiva a um segundo plano, quando não à completa invisibilidade (Paiva, 2003). O ministério operava como executor de políticas verticalizadas, voltadas ao cumprimento de metas sanitárias impostas por organismos multilaterais, sem considerar as especificidades sociais, culturais e territoriais das mulheres brasileiras, sobretudo das camadas populares, negras, indígenas e camponesas (Pinto, 2003).

Esse contexto limitava a participação social e excluía as mulheres dos espaços decisórios sobre políticas de saúde, perpetuando um modelo hierarquizado, autoritário e excludente (Corrêa; Petchesky, 1996). As dores, sofrimentos e demandas das mulheres eram naturalizados e invisibilizados, sob a ótica de um corpo feminino reduzido à sua função reprodutiva, configurando um cenário de silenciamento e opressão institucionalizada (Bourdieu, 2019).

Somente nas décadas posteriores, com a emergência dos movimentos feministas, da Reforma Sanitária e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), essas questões começaram a ser enfrentadas de forma mais crítica e participativa, colocando em pauta a necessidade de políticas públicas de saúde integradas, interseccionais e baseadas nos direitos humanos.

Nesse contexto, conclui-se que, nas décadas de 1940 e 1950, o Brasil industrial reforçou dispositivos de controle sobre os corpos femininos, alinhando saúde, maternidade e sexualidade aos ideais nacionalistas do Estado desenvolvimentista. Sob a lógica da governamentalidade (Foucault, 2021), políticas públicas de saúde medicalizaram a função reprodutiva da mulher, invisibilizando suas necessidades integrais. Paralelamente, o avanço da escolarização feminina, impulsionado por reformas como a de Francisco Campos, ampliou o acesso das mulheres ao ensino formal, promovendo maior autonomia e inserção social. Contudo, essa conquista ainda operava sob estruturas patriarcais e racializadas. A partir da teoria da violência simbólica (Bourdieu, 2014),

compreende-se que esse processo reforçou um *habitus* feminino disciplinado e submisso, legitimando desigualdades e silenciando práticas e saberes populares de cuidado.

2.3. ENTRE O DESENVOLVIMENTO E O SILENCIAMENTO: SAÚDE DA MULHER NO BRASIL CONSERVADOR (1950–1964)

O período de 1950 a 1960 no Brasil foi marcado por intensas transformações políticas, econômicas e sociais, as quais impactaram diretamente a configuração das políticas públicas de saúde. No campo da saúde da mulher, entretanto, observou-se a predominância de uma visão biomédica e maternalista, centrada especialmente no binômio mãe-filho, em detrimento de uma abordagem mais ampla e integral das necessidades femininas. A política de saúde reprodutiva era praticamente inexistente, e o acesso das mulheres aos serviços de saúde limitava-se quase exclusivamente ao pré-natal, parto e puerpério (Vianna; Costa, 1991).

As ações do Estado limitavam-se ao controle da natalidade e ao combate à mortalidade infantil, negligenciando o protagonismo das mulheres em suas próprias decisões de saúde.

Nesse contexto o machismo institucionalizado não apenas moldava os valores sociais, mas orientava as práticas médicas e políticas. A mulher era vista como figura passiva, voltada ao lar e à reprodução, conforme reforçavam os discursos moralizantes e religiosos hegemônicos (Queiroz, 2024). O feminismo, ainda embrionário no Brasil, começava a se articular a partir de experiências internacionais e da militância política, o que gerava forte resistência em ambientes médicos, jurídicos e religiosos (Pedro, 2024).

Diante desse quadro, as políticas públicas de saúde da época refletiam os valores conservadores vigentes, priorizando a função social da mulher como mãe e cuidadora, reforçando estereótipos de gênero profundamente enraizados na sociedade patriarcal brasileira (Pinto, 2003). As ações em saúde direcionadas às mulheres estavam subordinadas às campanhas de combate à mortalidade infantil, doenças infecciosas e desnutrição, priorizando intervenções voltadas para o bem-estar do recém-nascido, mais do que para o cuidado integral à saúde da mulher em suas diversas fases de vida (Vilella; Almeida, 2009).

Ademais, a forte influência de instituições religiosas, particularmente a Igreja Católica, impunha restrições morais à discussão sobre contracepção, planejamento familiar e sexualidade feminina, o que dificultava o avanço de políticas públicas emancipatórias e autônomas (Vianna; Costa, 1991). O discurso hegemônico centrava-se no incentivo à maternidade responsável, vista como dever cívico, enquanto temas como saúde sexual, direitos reprodutivos e autonomia corporal eram silenciados (Corrêa; Petchesky, 1996).

Dessa forma, as políticas públicas de saúde da mulher, no período de 1950 a 1960, configuraram-se como estratégias fragmentadas, voltadas quase exclusivamente para a reprodução, distantes de uma perspectiva integral, crítica e emancipatória. Somente nas décadas seguintes, com a emergência dos movimentos feministas e de saúde popular, tais questões passariam a ocupar espaço nas agendas públicas, denunciando as limitações do modelo biomédico-maternalista e reivindicando políticas públicas de saúde que reconhecessem a mulher como sujeito de direitos

integrais (Paiva, 2003).

Esta foi uma década no Brasil marcada por um intenso processo de urbanização, industrialização e pela consolidação do modelo desenvolvimentista, impulsionado pelo governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), cujo lema “cinquenta anos em cinco” expressava a prioridade ao crescimento econômico acelerado (Fausto, 1994). Neste cenário, as relações sociais permaneceram fortemente hierarquizadas, baseadas em uma lógica patriarcal, colonialista e conservadora. A mulher brasileira era socialmente concebida e valorizada prioritariamente em sua função maternal e doméstica, sendo sua identidade social vinculada à família, ao cuidado e ao espaço privado (Pinto, 2003). Essa representação restringia sua autonomia e visibilidade política, econômica e social.

Apesar de algumas mudanças graduais no processo de escolarização feminina, com maior ingresso de mulheres no ensino básico e médio urbano, persistiam barreiras significativas para o acesso ao ensino superior e à educação técnica, ainda dominados pelos homens (Costa; Bruschini, 2007). O acesso ao mercado de trabalho formal também era restrito, marcado por segregação ocupacional, com as mulheres majoritariamente concentradas em setores considerados “femininos”, como o magistério, enfermagem e serviços domésticos, recebendo salários inferiores e enfrentando precarização (Bruschini, 2007).

Considerando essa realidade no campo da saúde, como já mencionado, a mulher foi invisibilizada em sua integralidade, sendo o foco das políticas públicas centrado na saúde materno-infantil, dentro de um modelo assistencialista, higienista e moralizante, que reforçava a medicalização dos corpos femininos sem considerar suas demandas autônomas de saúde sexual e reprodutiva (Rodrigues, 2023). Os movimentos feministas brasileiros dessa década encontravam-se em fase embrionária e elitista, com pouca capilaridade popular e restritos, sobretudo, às classes médias urbanas, tendo como foco demandas por direitos civis e políticos, como o direito ao voto pleno (conquistado apenas em 1932), à escolarização e à participação em associações culturais e profissionais (Alvim, 2016).

Com o início da ditadura militar, em 1964, houve intensificação do autoritarismo sobre os corpos femininos. A repressão política não se restringiu à esfera pública, mas penetrou o cotidiano das mulheres por meio da imposição de valores conservadores, vigilância da sexualidade e criminalização do aborto e das práticas de planejamento familiar (Rocha; Carvalho, 2022). O controle do corpo da mulher se tornou também instrumento político de manutenção da ordem social (Damasco, 2023).

A ausência de políticas públicas voltadas às especificidades femininas consolidou um cenário de invisibilização institucional, sobretudo para mulheres negras e pobres, cuja saúde reprodutiva era frequentemente tratada como questão de “segurança nacional”, sob o viés eugenista (Oliveira; Vargens, 2023). Apenas com a emergência dos movimentos feministas de segunda onda, no final da década de 1970, começou-se a tensionar a construção de uma política de saúde da mulher mais ampla e emancipatória. Assim, a década de 1950 a 1960 consolidou estratégias fragmentadas de atenção à mulher, refletindo e reforçando as estruturas patriarcais e excludentes da sociedade brasileira, limitando sua cidadania plena e mantendo-a à margem das políticas públicas

emancipatórias.

A década de 1950 a 1964 foi então, marcada por um modelo de desenvolvimento econômico que negligenciou as demandas sociais das mulheres, restringindo sua saúde ao campo da maternidade. Sob forte influência de valores patriarcais, religiosos e higienistas, as políticas públicas reafirmaram o papel da mulher como cuidadora, silenciando questões como saúde sexual, autonomia corporal e direitos reprodutivos. A medicalização do corpo feminino operou como tecnologia de controle social, enquanto o acesso à educação e ao trabalho seguia limitado e segregado. A ausência de políticas voltadas à integralidade da mulher consolidou a invisibilização institucional, especialmente de mulheres negras e pobres. Somente com o surgimento dos movimentos feministas e a crítica ao modelo biomédico-maternalista é que essas estruturas começaram a ser contestadas, dando início a um novo ciclo de reivindicações por cidadania e justiça de gênero.

2.4. DITADURA, FEMINISMO E A POLITIZAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER (1964–1970)

A partir de 1964, com o golpe civil-militar, o país mergulhou em uma ditadura que se estendeu até 1985, marcada por repressão política, censura, perseguição a opositores e controle sobre a sociedade civil (Fausto, 1994). Nesse contexto, as pautas femininas e de saúde da mulher foram severamente silenciadas, em meio ao cerceamento das liberdades democráticas. Entretanto, a partir da década de 1970, emergiram movimentos feministas mais organizados e articulados, principalmente nas capitais, que passaram a reivindicar direitos reprodutivos, igualdade de gênero, combate à violência doméstica e acesso integral à saúde (Soihet, 2002).

A transição da década de 1960 para década de 1970, o Brasil vivenciou um dos períodos mais repressivos da ditadura militar, especialmente após o AI-5 de 1968, o que teve impactos diretos sobre a saúde das mulheres e suas possibilidades de articulação política. Nesse cenário de vigilância, censura e repressão, emergem as primeiras formas organizadas do feminismo brasileiro contemporâneo, muitas vezes articuladas com a resistência à ditadura e aos abusos do regime, como destacam Blay (2024). As mulheres, especialmente das classes médias urbanas, passaram a questionar o modelo patriarcal vigente, denunciando a violência doméstica, a invisibilização nas políticas públicas e o controle estatal sobre seus corpos.

É nesse contexto que se intensificam as lutas por direitos reprodutivos, acesso à contracepção e legalização do aborto, embora o Estado militar reaja com ainda mais rigor, associando tais pautas a "ameaças morais" e "subversão comunista" (Damasco, 2023). A institucionalização da saúde pública ainda priorizava o modelo biomédico, voltado à reprodução, enquanto as necessidades de saúde mental, violência de gênero e autonomia corporal permaneciam à margem dos programas oficiais (Oliveira; Vargens, 2023).

Nesse período, também começa a tomar corpo a crítica ao modelo hegemônico branco, burguês e heteronormativo do feminismo inicial, com o surgimento do feminismo negro e interseccional, como sublinha Rocha (2022), que denuncia não apenas o machismo, mas também o racismo institucional e as desigualdades sociais nos serviços de saúde.

Além disso, a década de 1970 marca o início do engajamento de médicas, enfermeiras e

assistentes sociais na defesa de uma política nacional de saúde da mulher, ainda que sem respaldo do regime. Essas profissionais, muitas vezes perseguidas por associações com movimentos de oposição, foram fundamentais para o posterior surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) na década seguinte.

Portanto, a década de 1970 é marcada por um paradoxo: ao mesmo tempo em que a repressão se intensifica, também se consolidam as bases de uma consciência política feminista, crítica e interseccional, que passaria a disputar o campo da saúde pública com novas narrativas sobre corpo, direitos e cidadania. Embora marcada por severa repressão política, abriu espaço para o florescimento de movimentos sociais que tensionariam as estruturas patriarcais do Estado brasileiro. O movimento feminista, que até então era marginalizado e, associado à "subversão", passou a articular-se com outras frentes de oposição à ditadura, defendendo pautas como a legalização do aborto, o acesso universal à contracepção e o combate à violência doméstica (Blay, 2024). No entanto, essas demandas foram frequentemente reprimidas pelo regime militar, que via nas reivindicações femininas uma ameaça à ordem moral e à autoridade familiar tradicional (Sarti, 2023).

Mesmo sob censura, diversas mulheres passaram a se organizar em coletivos de bairro, sindicatos e associações estudantis, promovendo debates sobre sexualidade, maternidade compulsória e os limites da atuação médica sobre o corpo feminino. Foi nesse ambiente que nasceram as primeiras experiências de atenção à saúde da mulher fora do modelo hospitalar tradicional, com enfoque na prevenção, escuta ativa e educação em saúde (Pedro, 2024).

Nesse sentido, entre 1964 e 1970, o regime militar reforçou o autoritarismo institucional sobre os corpos das mulheres, tratando sua saúde reprodutiva sob vigilância moral, censura e viés eugenista. Nesse contexto, o feminismo de segunda onda emergiu como força de contestação, ao denunciar a maternidade compulsória — isto é, a imposição social, política e médica do papel materno como destino natural das mulheres — e ao reivindicar autonomia sexual, legalização do aborto, acesso à contracepção e enfrentamento da violência doméstica. Essas mulheres resistiram à lógica biomédica e paternalista que reduzia sua saúde ao binômio mãe-filho e silenciava suas experiências. Mesmo sob forte repressão, feministas, profissionais da saúde e coletivos urbanos deram início à politização do cuidado, questionando a naturalização da função reprodutiva e propondo práticas voltadas à escuta, à prevenção e à dignidade. Essa mobilização seria decisiva para a virada institucional que se consolidaria no início dos anos 1980.

2.5. DA RESISTÊNCIA À CIDADANIA: FEMINISMO, PAISM E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER (1970–1988)

À medida que a década avançava e o regime militar começava a mostrar sinais de desgaste, o feminismo brasileiro se diversificava. Emergiam vozes negras, indígenas e periféricas, que denunciavam a exclusão de suas pautas nas agendas feministas dominantes. O conceito de interseccionalidade, embora ainda não nomeado formalmente, já orientava práticas políticas de resistência à medicalização excessiva e à negação do acesso à saúde reprodutiva para mulheres pobres e racializadas (Damasco, 2023).

Com a abertura política e a transição para a democracia nos anos 1980, a mobilização feminista conquistou maior visibilidade institucional. Em 1983, a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) representou a materialização das reivindicações históricas das décadas anteriores. O PAISM propunha uma abordagem integral da saúde da mulher, rompendo com a lógica puramente maternalista que predominava desde os anos 1950 (Queiroz, 2024).

Essa transição marca, portanto, a passagem de uma atuação feminista essencialmente combativa e marginalizada nos anos 1970 para uma inserção institucionalizada e propositiva nos anos 1980, consolidando uma nova agenda de direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. O ano de 1988 representou um período de intensas transformações políticas, sociais e culturais no Brasil, atravessado por regimes autoritários, mobilizações populares e processos de redemocratização.

O movimento feminista brasileiro, alinhado às pautas globais da segunda onda do feminismo, deslocou o debate do espaço doméstico para a esfera pública, tensionando as estruturas patriarcais e denunciando o modelo médico-assistencialista que relegava as mulheres ao papel de mães e cuidadoras (Alvim, 2016). Na saúde, as reivindicações feministas convergiram com as bandeiras da Reforma Sanitária, surgida no final da década de 1970, que denunciava as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a fragmentação das políticas públicas e a hegemonia do modelo biomédico e hospitalocêntrico (Paiva, 2003).

Este período foi marcado pela formação de organizações autônomas feministas, grupos de saúde da mulher, e centros de apoio às mulheres vítimas de violência, que colocaram em pauta demandas históricas como o acesso ao planejamento familiar, à contracepção segura, ao aborto legal e à humanização do parto (Corrêa; Petchesky, 1996). O contexto cultural também sofreu mudanças significativas, com a ampliação dos espaços de participação social, a circulação de discursos feministas e a contestação dos padrões tradicionais de feminilidade e maternidade impostos culturalmente (Bourdieu, 2019).

Politicamente, a redemocratização, com o fim da ditadura em 1985, abriu espaço para a institucionalização dessas demandas na Assembleia Constituinte de 1987-1988, culminando na promulgação da Constituição Federal de 1988. Este marco legal assegurou o direito universal à saúde como dever do Estado e consolidou o Sistema Único de Saúde (SUS), com princípios de integralidade, equidade e participação social, incluindo pela primeira vez na história brasileira a saúde da mulher em uma perspectiva ampliada, baseada nos direitos sexuais e reprodutivos (Vianna; Costa, 1991).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 representou um divisor de águas na história das políticas públicas de saúde no Brasil, ao instituir a saúde como direito de todos e dever do Estado, rompendo com décadas de políticas fragmentadas, excludentes e clientelistas. Este princípio foi regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que criou formalmente o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990). O SUS foi concebido como um sistema público, universal, integral e equânime, com foco na descentralização, regionalização e participação social, aspectos que redimensionaram radicalmente o campo da saúde pública brasileira.

No que tange à saúde da mulher, o SUS representou uma ruptura histórica com o modelo assistencialista e biomédico vigente até então, instituindo políticas que reconheçam as

especificidades de gênero, ciclo de vida, territorialidade e interseccionalidade. Como enfatizam Medrado e Lopes (2023), o SUS foi um marco na garantia do acesso gratuito e integral das mulheres à saúde, incorporando o direito à atenção básica, saúde sexual e reprodutiva, assistência especializada, prevenção e promoção da saúde em uma perspectiva ampla e cidadã. Pela primeira vez, políticas públicas passaram a reconhecer a mulher como sujeito de direitos, contemplando suas demandas para além do ciclo gravídico-puerperal, com ações voltadas ao planejamento familiar, combate à violência de gênero, prevenção do câncer de mama e colo do útero, climatério, entre outras.

Politicamente, a criação do SUS foi resultado de um processo acumulado de lutas sociais, conduzido pelo movimento sanitário, movimentos feministas, sindicatos, associações de moradores, partidos progressistas e setores da academia, que protagonizaram a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), considerada um marco da participação popular e da luta pela saúde universal (Paiva, 2003). Socialmente, a década de 1980 ficou conhecida como a “década perdida”, em razão da crise econômica, hiperinflação, desemprego e agravamento das desigualdades sociais, o que reforçou a urgência de políticas públicas universais e inclusivas (Fausto, 1994).

Culturalmente, o período foi marcado pela efervescência dos movimentos sociais, pelo fortalecimento das pautas feministas, negras, LGBTQIA+, indígenas e ambientais, que tensionaram o debate público em torno dos direitos humanos, da democratização do Estado e da cidadania plena (SOIHET, 2002). Neste contexto, a saúde da mulher foi incorporada à agenda pública em articulação com os princípios da Reforma Sanitária, consolidando, a partir de 1988, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, ancorada nos direitos sexuais e reprodutivos, na autonomia corporal, no combate às violências e na participação social das mulheres nas instâncias decisórias do SUS (Vilella; Almeida, 2009).

Assim, a criação do SUS não apenas estruturou juridicamente um sistema de saúde público e universal, como também simbolizou a institucionalização das lutas feministas pela saúde integral da mulher, representando um marco civilizatório no reconhecimento das mulheres como cidadãs plenas de direitos.

3. RESULTADOS

A análise histórica das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil, entre 1910 e 1988, revela a consolidação de um modelo biomédico e reprodutivista, estruturado sob a hegemonia de saberes médico-científicos, religiosos e normativos. Durante esse longo período, a mulher foi socialmente concebida como corpo reprodutor e funcional à manutenção da família nuclear e da força de trabalho. As políticas de saúde limitavam-se, quase exclusivamente, à assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, desconsiderando as múltiplas dimensões da vida das mulheres (Blay, 2024; Oliveira; Vargens, 2023).

No contexto do ciclo desenvolvimentista e da ditadura civil-militar, especialmente entre as décadas de 1950 e 1970, o corpo feminino passou a ser disciplinado como instrumento do projeto de nação. Sob o olhar da biomedicina, mulheres foram submetidas à lógica da medicalização compulsória, à institucionalização do parto hospitalar e a campanhas de controle de natalidade que,

muitas vezes, recaíam com violência sobre populações racializadas e periféricas (Sarti, 2023). Tal controle representa, à luz de Foucault (1979), um exercício de biopoder: o Estado regulando corpos e vidas por meio da normatização de condutas e intervenções higienistas.

Essa normatividade não se expressa apenas pela coerção física, mas também por meio do que Pierre Bourdieu (1999) define como violência simbólica — a imposição de uma visão dominante travestida de neutralidade científica. No campo da saúde, essa violência se manifesta na hierarquização dos saberes, na invisibilização das vozes femininas e na legitimação de um modelo técnico, hierárquico e distante da realidade vivida pelas mulheres.

A inflexão nesse panorama só começa a ocorrer na década de 1980, impulsionada pelo fortalecimento dos movimentos feministas urbanos e pela emergência da Reforma Sanitária, que colocaram em pauta a necessidade de uma abordagem ampliada e democrática da saúde. Passa-se a reivindicar não apenas o acesso a serviços, mas direitos sexuais e reprodutivos, o enfrentamento à violência obstétrica, a humanização do parto e o reconhecimento das mulheres como sujeitos de direitos. Como aponta Sarti (2023), essas lutas desestabilizam o modelo assistencialista e reafirmam o papel ativo das mulheres na formulação das políticas públicas.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, marca um momento paradigmático ao estabelecer a saúde como direito universal e dever do Estado. A partir daí, consolida-se a noção de atenção integral à saúde da mulher, superando formalmente a lógica maternalista. Contudo, os avanços normativos não eliminaram os obstáculos estruturais. Persistem desigualdades de acesso, práticas institucionalizadas de exclusão e um modelo biomédico que ainda ocupa posição dominante nos serviços de saúde.

Assim, a crítica histórica evidencia que, embora os marcos legais e institucionais representem avanços importantes, a verdadeira superação do reducionismo biomédico e da subalternização da mulher na política de saúde exige transformações mais profundas — epistemológicas, culturais e estruturais.

4. DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam como as políticas públicas brasileiras reproduziram ao longo do século XX uma visão fragmentada da saúde da mulher, reforçando dispositivos de controle, medicalização e exclusão. As mulheres pobres, negras, indígenas e periféricas foram sistematicamente silenciadas e marginalizadas no acesso aos serviços de saúde, em consonância com as práticas biopolíticas do Estado desenvolvimentista.

A história das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil expõe a predominância de um modelo biomédico, centrado na reprodução e orientado pela lógica da medicalização, da disciplina e do controle dos corpos femininos. Essa perspectiva, longe de ser neutra, está profundamente entrelaçada com o que Michel Foucault (1979) denomina de biopolítica - o conjunto de estratégias por meio das quais o Estado e as instituições regulam os corpos e a vida das populações, sobretudo no tocante à sexualidade, à maternidade e ao papel social das mulheres. produzindo e reproduzindo a desigualdade de gênero, classe e raça no campo da saúde.

Sob o aparato biopolítico, o corpo da mulher torna-se alvo de vigilância e intervenção, sendo

reduzido à sua função reprodutiva, especialmente durante os regimes desenvolvimentistas e autoritários do século XX. Como observa Foucault, a medicina e as políticas de saúde atuam como tecnologias de poder que não apenas tratam, mas normatizam condutas, promovendo uma forma de "controle social biológico" que afeta mais intensamente mulheres negras, pobres e periféricas.

Essa dominação se dá também no plano simbólico. De acordo com Pierre Bourdieu (1999), a imposição de um discurso médico universal e neutro mascara as desigualdades estruturais ao naturalizar posições de subalternidade. No campo da saúde, o *habitus* profissional dominante tende a desconsiderar os saberes populares e os contextos sociais das usuárias, reforçando o que o autor denomina de violência simbólica: uma forma de dominação que opera sob o véu da legitimidade científica.

Loïc Wacquant (2005) complementa essa crítica ao destacar que as instituições contemporâneas – incluindo o sistema de saúde – reproduzem desigualdades raciais e de classe, ao tempo em que oferecem respostas uniformes para problemas socialmente diferenciados. Nesse contexto, a interseccionalidade se apresenta como um instrumento teórico e político fundamental. Ao reconhecer que as opressões se articulam em camadas - gênero, raça, classe, sexualidade, território -, essa abordagem rompe com a universalização abstrata da categoria "mulher" e denuncia as exclusões produzidas pelo sistema de saúde que se pretende igualitário.

A superação do modelo biomédico reducionista exige, portanto, a reconstrução de uma política de saúde da mulher que incorpore os princípios da equidade, da escuta ativa e do reconhecimento das diferenças. Isso implica deslocar o foco do corpo como objeto clínico para a mulher como sujeito histórico e político, com voz ativa na construção de seu próprio cuidado. Incorporar Foucault, Bourdieu e os feminismos interseccionais não é apenas um exercício teórico, mas uma estratégia de resistência frente à normalização de um cuidado excludente.

Sob o prisma bourdieusiano, o campo da saúde é estruturado por relações de poder que impõem significados legítimos sobre o que é "normal" ou "patológico", "feminino" ou "desviado". As mulheres, especialmente as negras, pobres e periféricas, ocupam posições subordinadas nesse campo, sendo frequentemente privadas de voz e reconhecimento de seus saberes e experiências.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidencia que a interface entre educação, saúde e gênero deve ser compreendida como um campo eminentemente político, atravessado por relações de poder que historicamente organizaram saberes, práticas e políticas públicas de forma excludente. A análise histórica revela que a educação em saúde, quando orientada por modelos biomédicos, normativos e descontextualizados, operou como instrumento de disciplinamento dos corpos e de controle social, reproduzindo desigualdades de gênero e silenciando experiências e saberes populares.

No âmbito da Saúde Coletiva, torna-se evidente que a ausência de uma abordagem crítica de gênero fragiliza a integralidade do cuidado e compromete o princípio da equidade, pilar estruturante do Sistema Único de Saúde. Práticas educativas centradas na prescrição de comportamentos, descoladas das condições concretas de vida dos sujeitos, limitam a participação social e esvaziam o

potencial transformador das ações em saúde.

Em contraposição, a Educação Popular em Saúde emerge como estratégia contra hegemônica ao reconhecer o gênero como categoria analítica indispensável, valorizando o diálogo, a escuta qualificada e a construção coletiva do conhecimento. Essa perspectiva tensiona hierarquias entre saber técnico e saber popular, reposicionando os sujeitos como protagonistas dos processos de cuidado e produção de saúde.

Conclui-se que o enfrentamento das desigualdades de gênero na educação em saúde exige mais do que ajustes metodológicos: demanda a revisão crítica das bases epistemológicas e institucionais que sustentam práticas excludentes. Avançar nessa direção implica afirmar a educação crítica como prática política, comprometida com a justiça social, a emancipação dos sujeitos e a consolidação de um projeto de saúde pública verdadeiramente democrático.

REFERÊNCIAS

ALVIM, Angélica. Feminismo no Brasil: uma breve história dos movimentos e conquistas. *Revista Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 58, p. 345-370, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2178-14942016000200006>.

ÁVILA, Thiago Pierobom de; et al. Políticas públicas de prevenção ao feminicídio e interseccionalidades. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 10, n. 2, p. 223–???, (setembro/outubro 2020). Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/6800>

BAHIA, Ligia. *Saúde da mulher e políticas públicas: um olhar crítico sobre a fragmentação do cuidado*. São Paulo: Editora Humanitas, 2025..

BLAY, Eva Alterman. Violência contra a mulher e políticas públicas. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 38, n. 110, p. 141–160, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/ryqNRHj843kKKHjLkgrms9k>. Acesso em: 17 maio 2025. DOI: 10.1590/s0103-4014.2024.38110.007.

BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2019.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. 17. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP. *História da Educação Brasileira*. Brasília: MEC/INEP, 2008.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 14 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. *A educação das mulheres no Brasil: trajetória e desafios*. Brasília, DF: MEC, 2008. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Ensfund/educ_mulher.pdf. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

- https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 25 mar. 2025.
- BRUSCHINI, Cristina. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos 50 anos. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 537-572, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742007000300004>.
- CARINHANHA, Ana Maria de Souza Costa. Notas conceituais para introdução ao letramento racial. In: AKERMAN, Marco; CARVALHO, Yara Maria de. (Org.). *Direitos humanos e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2024. p. 168-169. Disponível em: <https://lojahucitec.com.br/wp-content/uploads/2024/11/Direitos-Humanos-e-Saude-livro.pdf#page=168>. Acesso em: 13 maio 2025.
- CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: tendências e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 45-58, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231996000200005>.
- COSTA, A. M. Política de Saúde Integral da Mulher e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- DAMASCO, Mariana Santos. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva. *Feminisma.net*, 2023. Disponível em: <https://www.feminisma.net/textos/0001%20DAMASCO,%20Mariana%20Santos.%20Feminismo%20negro.pdf>. Acesso em: 17 maio 2025.
- DAVIS, Dána-Ain. *Reproductive Injustice: Racism, Pregnancy, and Premature Birth*. New York: University Press, 2019. *Anthropologies of American Medicine: Culture, Power, and Practice*.
- FAUSTO, Boris. *História do Brasil*. São Paulo: EDUSP, 1994.
- FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade: A vontade de saber*. São Paulo: Editora Graal, 2010.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1979.
- FOUCAULT, Michel. *Nascimento da biopolítica: curso no Collège de France (1978-1979)*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2021.
- HENRIQUES, Fernanda. *Direitos reprodutivos e desigualdades estruturais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Cortez, 2022.
- MORUZZI, Beatriz. *Saúde pública e desigualdade social: as margens do SUS*. Campinas: Editora da Unicamp, 2025.
- OLIVEIRA, Zilma M.; VARGENS, Orquídea M. C. Cuidado no climatério: perspectiva desmedicalizadora. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 17, n. 2, p. 1–10, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13474/16178>. Acesso em: 17 maio 2025.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Determinantes sociais da saúde*. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/en/. Acesso em: 25 mar. 2025.
- PAIVA, Vera. Políticas públicas de saúde e sexualidade: limites e desafios. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 89-98, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2003000100009>.
- PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. *Revista Brasileira de História*, 2024. <https://www.scielo.br/j/rbh/a/CBwFBCqgdprcPL8x53x8bNz>
- PINTO, Célia Maria R. A saúde da mulher no Brasil: trajetória histórica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 699-707, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000500020>.

- QUEIROZ, C. D. Machismo institucional e desigualdades de gênero nas instituições: conceitos e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2024; 29: e03672024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CdSygGNtvdDnVqdtTdsnHRP/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 09 jan. 2026.
- ROCHA, Sônia P.; CARVALHO, Renata A. Movimento de mulheres negras: desafios e resistências na construção de políticas públicas. *Cadernos Imbondeiro*, João Pessoa, v. 6, n. 2, p. 82–97, 2022. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/ci/article/download/14252/8826>. Acesso em: 17 maio 2025.
- RODRIGUES, Ana Cláudia. *A maternidade como destino*: discursos médicos e o corpo feminino no Brasil republicano. Porto Alegre: UFRGS, 2023.
- ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença*: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher. 2000 Tese (Doutorado em Medicina Social). Rio de Janeiro: UFRJ, 2000.
- SARTI, C. A. O feminismo brasileiro desde os anos 1970. *Revista Estudos Feministas*, 2023. <https://www.scielo.br/j/ref/a/QVnKzsbHFngG9MbWCFPPCv>
- SIMÕES, Carla. *Doença e gênero*: invisibilidades e medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2025.
- SOIHET, Rachel. *Mulheres e movimentos feministas no Brasil (1960-1990)*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2002.
- TAVARES, Eliane. *Políticas de saúde e cidadania feminina no Brasil (1910–1988)*: uma leitura interseccional. Brasília: UNB, 2024.
- VIANNA, Adriana Ramos de Barros; COSTA, Simone H. Saúde reprodutiva e cidadania: uma análise histórica da política de saúde da mulher no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 10-20, 1991. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000100002>.
- VIEIRA, Camila. *Direitos humanos, saúde e gênero*: desafios para a equidade no SUS. Florianópolis: Editora UFSC, 2023.
- VILELLA, Wilza; ALMEIDA, Maria José. Políticas públicas de saúde da mulher: avanços e desafios. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 9, n. 3, p. 247-254, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292009000300003>.
- WACQUANT, Loïc. Shadowboxing with Ethnographic Ghosts: A Rejoinder. *Symbolic Interaction*, v. 28, n. 3, p. 441-447, 2005.